

Wolfgang W. Keil

Der Stellenwert von Methoden und Techniken in der klientenzentrierten Psychotherapie¹

Abstract:

Zur Klärung des Stellenwerts von Methoden und Techniken in der klientenzentrierten Therapie werden zu Beginn die verschiedenen kontroversen Positionen dazu dargestellt. Das Therapiekonzept von Rogers bestimmt in radikaler Weise eine gewisse Lebensweise bzw. gewisse Grundeinstellungen als wesentliche Faktoren der Psychotherapie. Techniken dienen höchstens dazu, diese Grundeinstellungen zu kommunizieren. Das nähere Zusammenspiel von personaler Beziehung und therapeutischen Methoden wird mit Hilfe des Konzepts (von Höger) von den unterschiedlichen Abstraktionsebenen im Rogers'schen Therapiekonzept erläutert. Demnach müssen Methoden und Vorgangsweisen sich von der Theorie herleiten lassen, sie werden aber zugleich vom jeweiligen therapeutischen Kontext her bestimmt und müssen in diesem individuell kreiert werden. Dies erfordert professionelle Kunstfertigkeit, für deren Ausbildung die klientenzentrierte Therapie eine ausreichende Methodik zur Verfügung stellen soll. Eine solche Methodik wird dann in drei Formen dargestellt: Grundorientierungen des therapeutischen Handelns in den Varianten der verschiedenen Strömungen innerhalb der klientenzentrierten Therapie, einzelne typische Methoden, die in dieser Therapierichtung entwickelt worden sind, und vor allem grundlegendes therapeutisches Handwerkszeug, das eine therapierelevante Kommunikation ermöglicht.

Keywords: Klientenzentrierte Psychotherapie, Methoden und Techniken, therapeutische Grundorientierungen, therapeutisches Handwerkszeug

Einleitung

Für die klientenzentrierte Therapie ist es charakteristisch, daß sie personale Haltungen und Einstellungen als entscheidenden Faktor für den therapeutischen Prozeß und seine Wirksamkeit ansieht. Damit steht sie im klaren Gegensatz zu jedem instrumentalisierenden Trend, bei welchem die therapeutische Effektivität vom Umfang und der Raffinesse von differentiell einzusetzenden spezifischen Techniken abhängig gemacht wird. Die Auffassung, daß Psychotherapie nicht primär von Fachtechniken und Fachwissen, sondern von einer persönlichen Lebens- und Umgangsweise getragen sein soll, bildet einen wesentlichen Bestandteil des Vermächtnisses, das Carl Rogers uns hinterlassen hat.

Zugleich ist aber auch zu bedenken, daß Psychotherapie per definitionem eine strukturierte und zielorientierte Situation darstellt, die mehr oder weniger elaborierte zweck-

entsprechende Vorgehensweisen erfordert. Auch Rogers war als gewissenhafter Experte mit psychologischen Techniken völlig vertraut. Im Rahmen seiner Formulierung der „notwendigen und hinreichenden Bedingungen für psychotherapeutische Persönlichkeitsveränderung“ bewertet Rogers (1957a) beispielsweise Techniken ziemlich neutral. Er sieht zwar „keinen wesentlichen therapeutischen Wert in solchen Techniken (...) wie Interpretation der Persönlichkeitsdynamik, freier Assoziation, Traumanalyse, Übertragungsanalyse, Hypnose, Interpretation des Lebensstils, Suggestion und ähnlichem. Jedoch kann jede diese Techniken ein Kanal werden, um die wesentlichen Bedingungen, die formuliert wurden, zu kommunizieren.“ (a.a.O., 183).

Für Rogers haben therapeutische Techniken also keine essentielle Bedeutung, aber es gibt sie. Es bleibt damit offen, welchen Stellenwert sie nun genau haben. Wir haben daher in der klientenzentrierten Therapie eine andauernde Diskussion darüber, ob und welche Methoden und Techniken hier am Platz sind bzw. in welchem Sinn von ihnen gesprochen werden kann. Ich vertrete die Auffassung, daß gerade die Wichtigkeit der Grundhaltungen es erfordert, konkrete Vorgehensweisen zu entwickeln und zu diskutieren, durch

¹ Dieser Artikel stellt die umfassende Überarbeitung eines gemeinsam mit Norbert Stözl erbrachten Beitrags zum Symposium „Carl Rogers – das Vermächtnis als Herausforderung“ anlässlich des 10. Todestages von Carl Rogers vom 28.–30. Nov. 1997 in Wien dar.

welche die Grundhaltungen adäquat ausgedrückt werden können. Klientenzentrierte Therapeutinnen und Therapeuten müssen personenzentriert-professionell mit sich und den Klienten umgehen können. Dafür muß ihnen in der Ausbildung ein ausreichender Set an therapeutischem Handwerkszeug zur Verfügung gestellt werden. Eine personenzentrierte Ausbildung soll nicht methodenlose Hilfllosigkeit, sondern therapeutische Kompetenz vermitteln! Um den Stellenwert von Methoden und Techniken in der klientenzentrierten Therapie besser bestimmen zu können, möchte ich vor der Darstellung konkreter Vorgehensweisen zunächst eine Übersicht über die Diskussion der Methodenfrage in der klientenzentrierten Therapie geben.

1. Die Methodenfrage in der klientenzentrierten Therapie

1.1 Die Position von Rogers

Rogers vertritt nachdrücklich, „daß der therapeutische Erfolg nicht in erster Linie von der Ausbildung in Techniken oder von Fachkenntnissen abhängt, sondern vielmehr vom Vorhandensein bestimmter Einstellungen auf seiten des Therapeuten.“ (1980b, 192). Es handelt sich bei „diesen Einstellungen“ um einen „**way of being** with persons“. „Diese Lebensweise vertraut dem konstruktiven, zielgerichteten Fluß des Menschen zu immer komplexerer und vollständigerer Entwicklung.“ (1986h, 241). Dies bedeutet mit anderen Worten ein Überzeugtsein von der Aktualisierungstendenz. Rogers hat diese Überzeugung als „grundlegende operationale Philosophie“ des Therapeuten bezeichnet (1951a, 34 ff). Der Terminus „operational“ verweist dabei auf einen möglichen Unterschied zwischen dem tatsächlichen Verhalten des Therapeuten und seinem (bewußten) Konzept von seinem Handeln. Der Therapeut muß diese Überzeugungen verwirklichen (diese „Lebensweise“ haben) und nicht nur meinen, daß er sie verwirklicht.

In seinem Frühwerk weist Rogers aber auch explizit darauf hin, daß die Grundeinstellungen allein ohne passende Methoden nichts bewirken. Es „kann der Berater, dessen Einstellungen so beschaffen sind, daß sie die Therapie fördern, nur teilweise erfolgreich sein, wenn sich seine Einstellungen nur unzulänglich in geeigneten Methoden und Techniken durchführen lassen.“ (1951a, 34). Zu diesen Techniken und Methoden gelangt der Therapeut, indem er (wie ein Wissenschaftler seine Hypothesen) geduldig die Grundeinstellungen fortlaufend anwendet, auf ihre Auswirkungen hin untersucht und so zielführende und inadäquate Elemente dabei unterscheidet. Methoden und Techniken sind demnach nicht vorgefertigt und vorgeordnet, sondern ergeben sich aus der praktischen Erfahrung (der Verwirklichung der Grundhaltungen) und ihrer kontinuierlichen Reflexion.

1.2 Die Ablehnung von Techniken in der klientenzentrierten Therapie

Im Gefolge von Rogers hat sich zunächst eine mehr oder weniger weitgehende Ablehnung von Methoden und Techniken in der klientenzentrierten Therapie breit gemacht. So vertritt etwa Bozarth (1996) ohne Umschweife die Überlegenheit der Selbstentfaltungskräfte des Klienten gegenüber allen noch so effektiven Psychotechniken. Die klientenzentrierte Therapie setzt allein auf die ersteren; sie entfalten sich allerdings nur dann, wenn die Therapeutin ein wirkliches Vertrauen auf dieses Potential hat. Spezifische Techniken sind demnach in der klientenzentrierten Therapie generell nicht am Platz. Sie können dennoch subsidiär eingesetzt werden, wenn der Klient oder das institutionelle Setting sie ausdrücklich wünschen oder die Therapeutin welche benötigt, um mit ihrer Hilfe wieder persönlich präsent werden zu können.

Frenzel (1992) argumentiert, daß jeder gezielte Einsatz von herkömmlichen Interventionstechniken tendenziell die Therapiebeziehung und den Klienten instrumentalisiert und die Therapie auf ein armseliges Verhaltensrepertoire reduziert. Therapie mittels Techniken ist ein Ausdruck der Angst der Therapeuten vor den Konsequenzen einer persönlichen Begegnung. Personenzentrierte Therapie muß von ihrem Wesen her gegen ein solches Therapieverständnis klar Position beziehen. „Heilend ... ist nicht die *Steuerung* des therapeutischen Prozesses, sondern der (zwischenmenschliche) Prozeß per se.“ (Frenzel, 1992, 219). Ein Technikbegriff, der personenzentrierten Kriterien entspricht, kann nicht über äußere Handlungen, sondern nur über innere Überzeugungen bestimmt werden. „Es scheint wesentlich, idiosynkratische Heuristiken und Kunstfertigkeiten im Umgang mit sich selbst und den Klienten und Klientinnen zu gewinnen. Therapie wird damit wesensmäßig zur Kunst; psychotherapeutische ‚Technik‘ zum persönlich entwickelten Stilmittel.“ (a.a.O. 232).

Ganz ähnlich lehnt Schmid (1994) Techniken ab, die eingesetzt werden, um spezifische Ziele zu erreichen, die aus der Sicht der Therapeutin anzustreben wären. „Die *Un-Mittelbarkeit* entsteht durch das Zerfallen der Mittel (Buber), die trennend zwischen uns stehen: Begegnung ist Sein ohne Mittel und mittellos, somit unmittelbares Erleben (Lévinas). Das setzt zuallererst den Verzicht auf Techniken, Methoden, Mittel voraus, die als Schutz dienen, um solches, das einem „widerfährt“, auf den Leib rückt, abzuwehren.“ (a.a.O., 278).

Ebenso lehnen Brodley & Brody (1996) den Einsatz von derartig verstandenen Techniken ab. Sie weisen aber darauf hin, daß es keine Therapie ohne Methoden gibt; in der klientenzentrierten Therapie müssen diese aber direkt aus den Grundhaltungen hervorgehen. Jede Vorgehensweise, die nicht ein direkter Ausdruck der Grundhaltungen ist, ist mit dem Wesen der klientenzentrierten Therapie unvereinbar.

„Client-centeredness involves a profoundly non-diagnostic mindset“ (a.a.O., 371).

Von diesem Standpunkt aus hat Brodley (1990) sogar Gendlins gesamten Focusingansatz als Therapieform charakterisiert, die nicht mit der klientenzentrierten Therapie kompatibel sei. Sie argumentiert dabei, daß jede gezielte Arbeit am Experiencing-Prozeß solche Techniken wie das Geben von Focusing-Anweisungen impliziert. Damit werde ein spezifischer Zweck verfolgt, der über die Verwirklichung der Grundhaltungen hinausgeht. Dem ist entgegenzuhalten, daß die Auffassung, die Arbeit mit dem Experiencing-Prozeß erfordere Focusing-Anweisungen, ein (allerdings weitverbreitetes und scheinbar unausrottbares) Mißverständnis darstellt. Gendlin (1993) hat ausdrücklich erläutert, daß seine „Therapie mit Focusing“ nichts mit technizistischen Anweisungen zu tun hat, sondern daß dabei die Aufmerksamkeit speziell auf den Felt Sense des Klienten gerichtet wird. Obschon klientenzentrierte Therapeuten diese Intention vielleicht nicht immer *explizit* haben, so kann es doch keinen Therapieprozeß geben, bei dem nicht laufend mit den Felt Senses, d. h. mit dem Experiencing des Klienten gearbeitet wird. In diesem Verständnis ist Focusing für sich niemals eine eigene Therapieform, sondern eine Methode der klientenzentrierten Therapie, „eine Tür, ... ein zentraler Kern davon, wie man so arbeiten kann, daß man in etwas hineinkommt.“ (a.a.O., 13).

1.3 Befürwortung von Methoden, die aus den Grundhaltungen entstehen

Neben der Ablehnung von Techniken wurde in der klientenzentrierten Therapie aber auch die Tatsache reflektiert, daß Therapie schließlich immer zielorientiertes und daher methodisches Vorgehen bedeutet. Biermann-Ratjen et al. (1995) meinen, daß das Anliegen der klientenzentrierten Therapie nicht darin besteht, spezifische Therapietechniken zu generieren, sondern zum *Verstehen* des psychotherapeutischen Prozesses insgesamt einen erhellenden Beitrag zu liefern. Dementsprechend fassen sie das therapeutische Vorgehen in der klientenzentrierten Therapie zusammen als „Beziehungsangebot“, das von den Grundhaltungen her definiert ist, und das seine differentielle bzw. individuelle Ausformung nach den Gegebenheiten der jeweiligen Therapiesituation erfahren muß. An Behandlungstechniken „hat die Gesprächspsychotherapie nur eine konzipiert: Verhalten des Therapeuten, das Empathie, Kongruenz und unbedingte Wertschätzung dem Klienten gegenüber so zum Ausdruck bringt, daß beim Klienten zumindestens in Ansätzen die Mitteilung des Therapeuten von dem, was er verstanden hat und unbedingt wertschätzt, ankommt.“ (a.a.O., 48) Wenn hiermit zwar spezifische Techniken der klientenzentrierten Therapie abgelehnt werden, so sind Biermann-Ratjen et al. doch als Befürworter von Methoden der klientenzentrierten Therapie einzuordnen, da sie klar die funktionale Bedeutung der

Grundhaltungen aufzeigen und sie als professionelle Arbeitshaltungen von allgemeinen humanen Qualitäten abgrenzen.

Von der zentralen Stellung der Grundhaltungen in der klientenzentrierten Therapie wollen sich hingegen Sachse und seine Mitarbeiter absetzen. (Sachse 1992, Sachse & Maus 1991). Da nur Handlungen und nicht bloße Haltungen eine Wirkung auf andere haben, stellen sie das zielorientierte Handeln der Therapeutin in den Mittelpunkt ihres Konzepts, – ohne sich allerdings damit einer reinen „Technik – Position“ zuordnen zu wollen. Als Ziel dieses Handelns wird dabei die nötige Explikation des Erlebens des Klienten und seiner persönlichen Bedeutungen angesehen. Dementsprechend richtet die Therapeutin ihre Aufmerksamkeit auf die Explikationsebene (neben der Inhalts- und der Beziehungsebene), auf der die therapeutische Kommunikation geführt wird. Therapeutische Interventionen sollen dann „Bearbeitungsangebote“ sein, die sich gezielt an der geeigneten Vertiefung der gegebenen Bearbeitungsweise des Klienten orientieren. Obwohl Techniken hier eindeutig bejaht werden, scheint die Absetzung Sachses von den Grundhaltungen unnötig, da die Bearbeitungsangebote als situationsadäquate Konkretisierungen der Grundhaltungen verstanden werden können.

In einer ähnlichen Weise kann auch das Konzept von Tscheulin (1992) verstanden werden. Tscheulin hat als einer der ersten die Idee einer differentiellen und störungsspezifischen klientenzentrierten Therapie systematisch ausgearbeitet. Dazu unterscheidet er grundsätzlich zwischen therapeutischem Basisverhalten zum Aufbau einer guten therapeutischen Beziehung und darüber hinausgehendem differentiellen Vorgehen, das von der spezifischen Problemlage des Klienten her zu bestimmen ist. Dies bedeutet, daß die Therapeutin durchaus absichtsvoll, also methodisch handelt. Daran hat sich die bekannte „Beziehung vs. Technik – Debatte“ (Tscheulin, 1983) zwischen Tscheulin und Auckenthaler und anderen entzündet. Auckenthaler vertritt dabei, daß differentielles Vorgehen niemals bedeute, bestimmte Techniken und Strategien differentiell einzusetzen, sondern immer in stragielloser Weise das Beziehungsangebot situationsadäquat zu verwirklichen. Tscheulin versteht dies so, daß bei differentiellem Vorgehen eben immer Strategien im Spiel sind, sie sind bloß der Therapeutin vielleicht nicht immer bewußt. Er entwickelt das Konzept, daß jede therapeutische Handlung immer zugleich beidem dient: dem (strategielosen) Aufbau der Beziehung und dem adäquaten Reagieren (absichtsvollem, differentiellem Vorgehen) auf die jeweilige Situation. Beziehung und Technik müssen eine Einheit bilden. Dies läßt sich auch so verstehen, daß die Strategie des therapeutischen Vorgehens bzw. die therapeutischen Methoden sich immer aus den Grundhaltungen ableiten lassen müssen. In diesem Sinn ist klientenzentrierte Therapie immer differentielle Therapie. Es gilt aber auch: die klientenzentrierte Therapie hat Methoden und Techniken.

Finke (1994) betont ebenfalls, daß die klientenzentrierte Therapeutin über geeignete Techniken verfügen muß. Eine

Begründung dafür sieht er darin, daß die Therapeutin einer zweifachen Anforderung, nämlich sowohl sich in den Klienten einzufühlen, als auch sich selbst in die Beziehung einzubringen, entsprechen soll. Finke argumentiert zusätzlich damit, daß die klientenzentrierte Therapie wie alle anderen Therapieverfahren lehrbar sein und damit über verfahrensspezifische Vorgehensweisen verfügen solle. Diese verfahrensspezifischen Techniken müssen mit den allgemeinen Wirkfaktoren der jeweiligen Therapierichtung kompatibel sein. Mit der Unterscheidung von Therapietheorie, Therapieprinzipien und Therapietechniken beachtet er die Tatsache, daß das Therapiekonzept von Rogers auf einem abstrakteren Niveau als auf dem von konkreten Handlungsanweisungen formuliert worden ist. Eine solche Differenzierung von verschiedenen Abstraktionsebenen ist für ein adäquates Verständnis des klientenzentrierten Therapiekonzepts und damit für die Erörterung der Methodenfrage in der klientenzentrierten Therapie unerläßlich und soll daher im folgenden näher erläutert werden.

1.4 Zur Beachtung der Abstraktionsebenen im klientenzentrierten Therapiekonzept

Rogers' Postulat von den notwendigen und hinreichenden Bedingungen für therapeutische Veränderung hat außerordentlich viele empirische Untersuchungen provoziert. Bei diesen wurden zumeist die drei Grundhaltungen operationalisiert und mittels Einschätzskalen nach dem Grad ihrer Verwirklichung definiert. Diese empirisch-wissenschaftliche Vorgangsweise hatte eine großteils unbeachtete massive Nebenwirkung: das Verständnis der „grundlegenden operationalen Philosophie“ des Therapeuten mutierte und verengte sich zu einer Formulierung von konkreten Interventionsformen, sogenannten Therapeuten-„Variablen“. Wenn die Grundhaltungen als konkrete Techniken (miß)verstanden werden, dann ist es nur folgerichtig, die dann allzu simplen „Basisvariablen“ als nicht hinreichend aufzuweisen und sie mit allen möglichen differentiellen Zusatz-Variablen zu ergänzen. Demgegenüber ist festzuhalten, daß dies nicht den Intentionen der Rogers'schen Therapietheorie entspricht. „Er formulierte „Bedingungen“ einer Therapie und nicht „Kernvariablen“ oder „Handlungsanweisungen“ für den Therapeuten.“ (Biermann-Ratjen et al. 1995, 46).

Höger (1989) hat explizit dargelegt, daß Rogers' Therapietheorie auf einem relativ hohen Abstraktionsniveau formuliert ist, welches per definitionem keine Anweisungen für einzelne Therapeuteninterventionen enthält. In Anlehnung an die Analyse der Grundhaltungen bei Biermann-Ratjen et al. unterscheidet er dabei die folgenden Abstraktionsebenen:

- I. Die Ebene der therapeutischen Beziehung allgemein im Gegensatz zu anderen Beziehungsformen.
- II. Die Ebene zusammenfassender Merkmale der therapeutischen Beziehung (Therapietheorie).

III. Die Ebene zusammenfassender Klassifikationen therapeutischen Verhaltens (z. B. „VEE“).

IV. Die Ebene konkreter einzelner Verhaltensweisen.

Diese Ebenen stehen in einer hierarchisch-logischen Beziehung zueinander. Verhalten auf den Ebenen III und IV muß einerseits immer erst neu kreiert werden, andererseits aber mit den Prinzipien der höheren Ebenen übereinstimmen. Umgekehrt gilt aber, daß Konkretisierungen aus den höheren Ebenen nicht eindeutig ableitbar sind; hier entscheidet die jeweilige Situation (wann z. B. VEE ein Ausdruck der Empathie ist und wann gerade nicht)! Das Mißverständnis von den „Basisvariablen“ beruht also auf der Nichtbeachtung der verschiedenen Abstraktionsebenen und der Regeln beim Schluß von einer höheren auf eine tiefere Ebene, d. h. bei der Ableitung konkreter Methoden aus der klientenzentrierten Therapietheorie!

Damit sollte auch Klarheit in die generelle Diskussion über den Stellenwert von Methoden in der klientenzentrierten Therapie kommen. Dieses Therapiekonzept beinhaltet eine klare Position für ein Verständnis von Psychotherapie als personalem Beziehungsgeschehen und gegen Techniken und Methoden als dabei wesentlichen Wirkfaktoren (Ebene II). Da das Beziehungsangebot der Therapeutin aber nicht auf allgemein humanen Qualitäten, sondern auf professionellen Arbeitshaltungen beruht, sind aus diesen situationspezifische Vorgehensweisen zu kreieren (Ebenen III und IV). Dabei ist zweierlei zu beachten. Es handelt sich einerseits durchaus um schulenspezifische Methoden und Techniken, da sie ja von der Theorie hergeleitet werden müssen. Andererseits sind sie nicht eindeutig aus der Theorie abzuleiten, sondern in der jeweiligen therapeutischen Situation individuell zu kreieren. Es handelt sich somit nicht um fixe Methoden, die nach gleichbleibenden Regeln anzuwenden wären. Vielmehr geht es hier um generelle Grundorientierungen des therapeutischen Handelns.

Diese Grundorientierungen fordern vor allem das Erlernen und Weiterentwickeln bestimmter Fähigkeiten wie etwa gut zuhören können, inneres Erleben vertiefen können u.v.a.m. Diese Fähigkeiten stellen im weiteren Sinn des Begriffs natürlich auch Methoden dar, im Folgenden bezeichne ich sie aber nicht so, sondern als therapeutisches Handwerkszeug. Dessen ungeachtet wurde natürlich auch in der klientenzentrierten Therapie, und da vor allem in der experientialen Strömung, versucht, einzelne typische Methoden zu definieren. Bei der folgenden Darstellung soll also die klientenzentrierte Methodik differenziert werden in Grundorientierungen des therapeutischen Vorgehens (Kap. 2), einzelne klientenzentrierte Methoden (Kap. 3) und notwendiges therapeutisches Handwerkszeug (Kap. 4).

2. Grundorientierungen des klientenzentrierten Vorgehens

Therapeutisches Vorgehen ist immer von der Absicht getragen, die jeweiligen Therapieziele zu erreichen. Dabei geht es natürlich nicht darum, den Klienten ohne seine innerliche Mitwirkung zu irgendetwas zu bringen. Therapeutin und Klient sollen sich vielmehr auf einen gemeinsamen Erlebensprozess einlassen, aus dem heraus sich Veränderungen ergeben können. Indem ein solches Ziel verfolgt wird, sind alle therapeutischen Handlungen „strategisch“ bzw. an einer Grundorientierung ausgerichtet. Im Rahmen des Rogers'schen Therapiekonzepts kann eine zweifache „Absicht“ oder Orientierung des therapeutischen Vorgehens formuliert werden. Die Therapeutin soll einmal eine gewisse Lebensweise bzw. die dafür charakteristischen Grundeinstellungen in sich selbst aufweisen. Zum weiteren soll sie bemüht sein, diese Grundhaltungen so zu vermitteln, daß der Klient sie als solche wahrnehmen kann.

Es besteht Übereinstimmung im klientenzentrierten Lager darüber, daß die wesentliche Grundorientierung der Therapeutin vor allem in der Verwirklichung der Grundeinstellungen zu sehen ist. Viele, vor allem klinisch erfahrene, klientenzentrierte Therapeuten spezifizieren die Grundorientierung aber noch etwas weiter darüber hinaus. Sie bestreiten, daß die Grundeinstellungen eine völlige diagnostische Absichtslosigkeit fordern, und finden es im Gegenteil wichtig, daß ein diagnostisch relevantes Wahrnehmen von Unterschieden im Erleben des Klienten mit ihnen einhergeht. Um das Erleben des Klienten wirklich empathisch verstehen zu können, soll in bestimmten Formen kongruentes von inkongruentem Erleben unterschieden und mit diesem nicht in gleich-gültiger Wertschätzung therapeutisch umgegangen werden. Dementsprechend möchte ich von einer Grundorientierung, die sich allein auf die Verwirklichung der Grundhaltungen bezieht, die Grundorientierungen unterscheiden, die sich zusätzlich auf die Arbeit an der Inkongruenz sowie auf die Arbeit am Experiencingprozeß des Klienten beziehen.

2.1 Ausschließlich von den Grundeinstellungen geprägtes Beziehungsangebot

Die Grundeinstellungen wurden von Rogers mit den Merkmalen der eigenen Kongruenz, der bedingungsfreien Wertschätzung und des empathischen Verstehens sowie dem „zusätzlichen Merkmal“ der personalen Gegenwärtigkeit charakterisiert. Die Therapeutin hat demnach die Absicht, sich zu bemühen, auf den Klienten immer besser kongruent wertschätzend und empathisch verstehend zu reagieren. Die Grundhaltungen sind nicht als voneinander getrennte Verhaltensvariablen zu verstehen, sondern als charakteristische Merkmale eines zwar gegenüber jedem Klienten spezifischen, jedoch trotzdem ganzheitlichen Beziehungsangebotes der Therapeutin (cf. Biermann-Ratjen et al., 1995).

Kongruenz bedeutet dabei, so sensibel wie möglich sich auf die gegenwärtige Beziehung einzulassen und dabei ohne Selbsttäuschung und Fassade sich selbst zu sein. Die Wertschätzung bezieht sich primär auf das Erleben, weniger auf das Verhalten und Handeln des Klienten. Interessierter Respekt und emotionale Zuwendung gelten dabei dem inneren Erleben des Klienten ohne jede Bedingung, also wie immer dieses sich entwickelt. Bloßes Akzeptieren würde allerdings wenig bedeuten; es muß empathisches Verstehen enthalten. Empathisch ist die Therapeutin, wenn sie den inneren Bezugsrahmen des Klienten möglichst exakt wahrnimmt, gerade so als ob sie die andere Person wäre. Dabei darf jedoch diese „Als-ob-Position“ niemals verloren gehen.

Von allen diesen Merkmalen gilt, daß sie zwar in einem genügenden Ausmaß von Anfang an gelebt werden müssen, daß sie sich wirksam aber erst im Erlebensprozeß der Therapie selbst weiter entwickeln und entfalten sollen. Am Ausmaß der jeweils erlebbaren unbedingten Wertschätzung kann man ermessen, wie weit man imstande ist, dem Klienten empathisch zu folgen. Wenn man den Klienten kontinuierlich bedingungslos wertschätzen und empathisch verstehen kann, ist die Therapie erfolgreich ans Ziel gekommen. (cf. Biermann-Ratjen et al., 1995).

2.2 Gewährwerden der Inkongruenz ermöglichen

Wenn bedingungslose Wertschätzung und empathisches Verstehen erst am Ende der Therapie in vollem Maß erfahren werden, so bedeutet das, daß die therapeutische Arbeit im eigentlichen Sinn in dem Bereich stattfindet, den die Therapeutin jeweils (noch) nicht umfassend wertschätzen und empathisch verstehen kann. Das kongruente Noch-nicht-Wertschätzen und Noch-nicht-Verstehen der Therapeutin kann ihr dabei den Zugang zum Verstehen der Inkongruenzen des Klienten eröffnen (cf. Keil, 1997). Eine Hilfe bietet dabei das therapeutische Wissen von störungsspezifischen Erlebensformen sowie von spezifischen Entstehungsbedingungen von Störungen bzw. der Einbezug der lebensgeschichtlichen Zusammenhänge beim Klienten. Die Vertreter eines störungsspezifischen Vorgehens verweisen darauf, daß die Grundhaltungen bei weitem nicht adäquat verwirklicht werden können, wenn man nicht eine genügende Kenntnis von den spezifischen Erlebensformen und Entstehungsbedingungen vieler psychischer Störungen hat (Binder, 1994, 17). „Mitfühlendes Wissen“ (Eckert, 1985), und der Einbezug der „lebensgeschichtlichen Perspektive“ (Finke, 1990) sind erforderlich, wenn man die Psychodynamik des (inkongruenten, störungsspezifischen) Erlebens wahrnehmen und verstehen will. Die erweiterte Grundorientierung der Therapeutin wird hier darin gesehen, die Grundhaltungen so zu verwirklichen und zu vermitteln, daß dem Klienten das Gewährwerden seiner Inkongruenzen ermöglicht wird.

2.3 Wiederherstellung des Experiencingprozesses ermöglichen

Eine andere Art von Unterscheidungen im Erleben des Klienten wird in der „*experientiellen Therapie*“ getroffen. Das Bemühen gilt hier der Überwindung von sogenanntem strukturgebundenen und der Ermöglichung von authentischem Erleben. Die Grundorientierung geht dabei etwas über die „*bloße*“ Verwirklichung der Grundhaltungen hinaus. Als wesentlich wird neben dem spezifischen klientenzentrierten Beziehungsangebot eine gewisse direkte Beeinflussung des Erlebensprozesses im Klienten („*Prozeßdirektivität*“ cf. Greenberg et al.) angesehen. Der (implizit wirksame) Experiencingprozess bzw. der Felt Sense, den der Klient gerade noch nicht hat (Gendlin), oder die adäquate „*Bearbeitungsweise*“ des Klienten (Sachse) soll angestossen werden. Die Grundorientierung der Therapeutin richtet sich hier somit neben der Verwirklichung der Grundhaltungen auf die (Wieder-)Herstellung des Experiencingprozesses im Klienten.

3. Klientenzentrierte Methoden

Wenn man sich bemüht, nach bestimmten Grundorientierungen zu handeln, werden sich bald Vorgangsweisen herausbilden, die diesen Orientierungen eher entsprechen im Unterschied zu solchen, die ihnen vielleicht entgegengesetzt erscheinen. So haben sich auch im Bereich der klientenzentrierten Therapie einige mehr oder weniger typische „*Techniken*“ herauskristallisiert, wie etwa vor allem in den USA das aktive Zuhören und im deutschen Sprachraum das berühmte VEE. Viel deutlicher wurde methodisches Vorgehen als solches allerdings im Rahmen der *experientiellen* Richtung spezifiziert. Hier geht es ja explizit um das Bestreben, den Erlebensprozeß des Klienten bzw. seine „*Bearbeitungsweise*“ in einer bestimmten Weise zu beeinflussen.

3.1 Methoden, die die Grundhaltungen vermitteln sollen

3.1.1 Aktives Zuhören und VEE

Die schlechte Erfahrung mit Expertisen und Diagnosen in vielen Beratungen hat Rogers dazu gebracht, deren vorgängige Erarbeitung aufzugeben und den Klienten zuerst einmal aufmerksam zuzuhören und ihrer Führung zu folgen. „*Sensibles Zuhören*“ oder „*tiefes Hören*“ wurde für ihn zu einem wesentlichen Ausdruck des einfühlsamen Verstehens. „*Ich meine damit das Aufnehmen seiner Worte, seiner Gedanken, seiner Gefühlsnuancen und deren persönlicher Bedeutung, ja sogar der Bedeutung, die unterhalb der bewußten Intention des Sprechers liegt.*“ (Rogers, 1980a, 19). Diese Art „*aktiven Zuhörens*“ erlebt man im normalen Leben äußerst selten. Sie stellt für Rogers eine der mächtigsten Kräfte für persönliche Veränderung dar.

Der Begriff des aktiven Zuhörens wurde von Gordon (1972) exakt definiert und über den therapeutischen Bereich hinaus bekannt gemacht. „*Der Empfänger sendet keine Botschaft – zum Beispiel ein Urteil, eine Meinung, einen Rat, ein Argument, eine Analyse oder eine Frage. Er meldet nur das zurück, was nach seinem Gefühl die Botschaft des Senders bedeutete – nicht mehr, nicht weniger.*“ (a.a.O., 59)

Gendlin (1981, 1996) mißt dem genauen Zuhören (*absolute listening, accurate listening, reflective listening*) eine noch wesentlichere Bedeutung zu als Rogers dies tut. Veränderung wird nach seiner Meinung nicht dadurch erreicht, daß der Klient die empathische Haltung der Therapeutin als solche wahrnimmt, sondern durch das körperlich spürbare Berührtsein vom exakten „*saying back*“ der Therapeutin. Zurückgesagt wird dabei, was die Therapeutin von Moment zu Moment („*bit by bit*“) von dem erfaßt, was gerade im Klienten vor sich geht. Wenn die Therapeutin dieses gerade nicht erfassen kann, soll sie es sich durch direktes Nachfragen vom Klienten klären lassen. Gendlin (1996, 297) sieht im übrigen für den Bereich der Psychotherapie die therapeutische Beziehung (Grundhaltungen) als das Wichtigste an, an zweiter Stelle kommt für ihn „*listening*“ und erst dann „*focusing*“, also die Arbeit mit dem „*felt sense*“ (cf. Pkt. 3.1)

In Deutschland wurde für Zwecke der empirischen Forschung das empathische Verstehen der Therapeutin als „*Verbalisierung persönlich-emotionaler Erlebnisinhalte*“ des Klienten (VEE) operationalisiert. Dabei wird untersucht, in welchem Ausmaß die Therapeutin die vom Klienten in seiner jeweiligen Äußerung ausgedrückten Erlebnisinhalte von dessen inneren Bezugsrahmen her wahrnimmt und kommuniziert. In der Folge wurde VEE als „*charakteristisches äußeres Merkmal des sprachlichen Verhaltens*“ von klientenzentrierten Therapeuten (Tausch, 1973, 79) oder als „*einzige Behandlungstechnik*“ dieser Therapieform (Biermann-Ratjen et al., 1979, 78) verstanden. Tausch (ebd.) meint, daß mit der umständlichen Bezeichnung „*VEE*“ gewisse Mißverständnisse, die die Begriffe *Empathie* oder „*accurate empathic understanding*“ mit sich bringen könnten, verhindert würden. Es sollten damit Reaktionen wie *echohaftes Wiederholen*, *joviale Bestätigung* oder *generalisierende Äußerungen* wie „*Ich verstehe Sie gut*“ ausgeschlossen werden. Biermann-Ratjen et al. (1979) haben jedoch klar dargestellt, daß VEE niemals mit *Empathie* gleichgesetzt, sondern höchstens als ein Indikator dafür angesehen werden kann.. Sie distanzieren sich ab der 7. Auflage ihres Werkes außerdem ausdrücklich von der Verkürzung klientenzentrierten Vorgehens auf VEE als einziger Technik in dieser Therapie (1995, 48).

3.1.2 Die Grundhaltungen als Prinzipien für Methoden

Finke (1994) hat herausgearbeitet, daß in der klientenzentrierten Therapie eine Vielfalt von Techniken aus der Theorie abgeleitet werden kann. Zu diesem Zweck versteht er die Grundhaltungen nicht als konkrete Verhaltensanweisungen

gen („Basisvariablen“), sondern als „Therapieprinzipien“. Aus einer phänomenologischen Analyse dieser Prinzipien ermittelt er dann adäquate Techniken.

Beim einführenden Verstehen werden verschiedene Stufen hinsichtlich der Tiefe des Erlebens und des Umfangs von Verweisungsbezügen und Bedeutungszuschreibungen unterschieden. *Das einführende Wiederholen* kommt noch dem VEE gleich; *das konkretisierende Verstehen* bezieht das Klienten-Erleben auf konkrete Situationen; *selbstkonzeptbezogenes bzw. organismusbezogenes Verstehen* akzentuieren es vom Selbstkonzept bzw. von den organismischen Bedürfnissen des Klienten her; *Interpretationen* stellen hingegen das Erleben in einen größeren Sinnzusammenhang des Klienten.

Beim bedingungslosen Akzeptieren wird neben seiner wesentlichen Funktion für die gesamte Atmosphäre der therapeutischen Beziehung auf seinen instrumentellen Charakter für den Aufbau des Selbstwertgefühls des Klienten verwiesen. Ohne damit explizite Techniken zu definieren, zeigt Finke hier die Wichtigkeit von Verhaltensweisen wie bestätigen, anerkennen, solidarisieren, loben usw. auf.

Die Kongruenz enthält für Finke zwei Aspekte, einen der sich auf die kommunikative Haltung der Therapeutin, und einen, der sich auf ihre Verstehens-Einstellung bezieht. Der erstere meint, daß jemand, der zum eigenen Erleben hin offen ist, anderen als reale Person und ohne Fassade begegnen kann. Der zweite Aspekt betrifft ein wichtiges therapie-relevantes Moment der Empathie. Die Therapeutin soll nämlich nicht nur den Klienten von dessen innerem Bezugsrahmen her verstehen, sondern auch von ihrem eigenen her, und damit ihre Sicht- und Erlebensweise dem Klienten zur Verfügung stellen. Daraus leitet Finke drei wichtige Interventionskategorien ab: beim *Konfrontieren* werden Widersprüche beim Klienten thematisiert; beim *Beziehungsklären* werden aktuelle Probleme zwischen Klient und Therapeutin aufgegriffen; die sogenannte *Selbsteinbringung* bringt hingegen das eigene Erleben der Therapeutin direkt ins Spiel.

Das Konzept von Finke stellt ein Modell dar, das die Vielfalt von klientenzentrierten methodenspezifischen Vorgehensweisen darstellen kann und damit das einschränkende Verständnis von aktivem Zuhören oder VEE als einziger typischer Technik der klientenzentrierten Therapie überwindet. Zugleich wird es auch dem Anspruch der Beachtung der unterschiedlichen Abstraktionsebenen von Therapietheorien und therapeutischen Methoden gerecht.

3.2 Methoden der experientuellen Therapierichtung

3.2.1 Gendlin: Listening und Focusing

Gendlin hat die experientuelle Richtung in der klientenzentrierten Therapie mit ihrer auf die Beeinflussung des Erlebensprozesses erweiterten Grundorientierung begründet. Das im Experiencingprozess enthaltene „implizit Wirksame“ („*carrying forward*“) soll berührt werden, so daß neues authentisches Erleben weiterfließen kann. Bei strukturgebun-

denem Erleben kann der Klient sich nicht von selbst auf die implizit wirksamen Aspekte des Erlebens einlassen. Diese können aber von der Therapeutin berührt werden. Dazu muß sie dem Klienten aktiv zuhören („*accurate listening*“ cf. Pkt. 3.1.1) und damit so reagieren, daß dieser die „Antwort“ wiederum bei sich „innen checkt“ (und also Focusing macht). Dabei soll der jeweilige Felt Sense gewahrt und von seiner impliziten Komplexität her weiter entfaltet werden. Konkrete Vorgehensweisen bei dieser Arbeit mit dem Felt Sense werden weiter unten im Kap. 4.1 beschrieben. Hier sei festgehalten, daß Gendlin (1993) einen kleinen Unterschied zur übrigen klientenzentrierten Therapie darin sieht, daß die Therapeutin bei diesem Vorgehen die *Intention* hat, den Felt Sense auch dann anzusprechen, wenn er vom Klienten vielleicht gerade noch nicht gespürt wird.

3.2.2 Greenberg: Processing emotionaler Schemata

Was bei Gendlin noch ganz sanft als Anrühren des Felt Sense, der noch nicht da ist, vorkommt, wird bei Greenberg et al. (1993) explizit zum Behandlungsprinzip der Prozeßdirektivität erhoben. Dem Klienten soll ein optimales Processing des Erlebens, vor allem ein Klären von inkongruenten Erlebensmustern (emotionalen Schemata) ermöglicht werden. Dabei wird der Zugang zum eigenen Erleben nicht mehr allein im Focusing bzw. im Felt Sense gesehen. Es werden vielmehr mehrere Zugänge zum eigenen Erleben definiert und in der Therapie bewußt verwendet. Neben dem Bezugnehmen auf das Experiencing und dessen Exploration („*experiential search*“) handelt es bei diesen Zugängen um das genaue Gewahren von Sinneswahrnehmungen („*attending / awareness*“), um das volle Ausdrücken inneren Erlebens („*active expression*“) und um zwischenmenschlichen Kontakt, ohne dabei das eigene innere Erleben zu verlieren („*interpersonal contact*“). Im therapeutischen Vorgehen wird sorgfältig auf Erleben geachtet, das von rigiden emotionalen Schemata bestimmt ist. Derartige Schemata sind beispielsweise von der Person selbst als inadäquat erlebte Reaktionen, unaufhebbar widersprüchliche Selbstbewertungen, Abblocken von Gefühlen oder Bedürfnissen, Selbstbestrafungsreaktionen u. a. m. Wenn bestimmte Hinweise („*marker*“) wahrgenommen werden, daß der Klient sich darauf einlassen möchte, sollen die adäquaten Zugänge zu diesem Erleben bzw. seiner Veränderung ermöglicht werden. Um mit allen genannten Zugängen zum Erleben arbeiten zu können, muß die Therapeutin über Kompetenz im Umgang mit verschiedenen Erlebensformen (cf. Kap. 4) verfügen.

3.2.3 Sachse: Bearbeitungsangebote

Da das Ziel der Therapie in der Explikation und Klärung des inneren Bezugsrahmens gesehen wird, liegt für Sachse (1992, Sachse & Maus 1991) der Schwerpunkt des therapeutischen Vorgehens auf der „Bearbeitungsebene“ und weniger auf der Inhaltsebene und der Beziehungsebene. Bearbeitungsebene meint dabei die Art und Weise, wie der Klient mit

seinem Erleben umgeht und seine Erfahrungen verarbeitet. Sachse hat hier 8 Stufen unterschieden.

- (1) Keine persönlich relevanten Inhalte; nur sachbezogene Berichte;
- (2) Intellektualisieren;
- (3) Berichten: konkrete äußere Schilderung persönlicher Inhalte;
- (4) Bewertung: Inhaltsaspekte werden äußerlich („objektiv“) bewertet;
- (5) Persönliche Bewertung des Inhalts;
- (6) Gefühlte Bedeutung des Inhalts wird gespürt;
- (7) Relevante Bedeutungsstrukturen bzgl. des Inhalts werden expliziert;
- (8) Integration mit weiteren, umfassenderen persönlichen Bedeutungsaspekten.

Die Interventionen der Therapeutin können den jeweiligen Bearbeitungsstand des Klienten grundsätzlich verflachen, vertiefen oder gleichhalten. Daher sind sie immer als „Bearbeitungsangebote“ anzusehen. Sachse hat heuristische Regeln dafür formuliert, wann welche Bearbeitungsangebote angebracht sind. Vertiefende Angebote sind beispielsweise nicht immer angezeigt, sondern nur dann, wenn eine vertrauensvolle Beziehung besteht (sonst Wechsel auf die Beziehungsebene!), wenn das Problem genügend elaboriert ist (sonst Wechsel auf die Inhaltsebene!), wenn der Klient schon genügend konkret werden konnte und wenn die Therapeutin den Kern des Problems bereits gut verstanden hat. Die Therapeutin muß in dieser Art über „Prozeßempathie“ verfügen, um den Explikationsprozeß des Klienten optimal „steuern“ zu können. Grundsätzlich mögliche Bearbeitungsangebote sind dabei *Paraphrasieren* oder *Explizieren* der jeweiligen Bearbeitungsweise und *direkte Nachfrage* oder *direkte Anweisung* bezüglich einer geeigneteren Bearbeitungsweise.

4. Therapeutisches Handwerkszeug

Es haben sich also in der Tradition der klientenzentrierte Therapie einige Vorgehensweisen als praktikable Ausdrucksformen der Grundhaltungen herausgebildet. Viel wichtiger als das Erlernen einzelner Techniken ist aber der Erwerb bestimmter grundlegender therapeutischer Fähigkeiten. Therapeutische Kommunikation unterscheidet sich von alltäglicher Kommunikation. Es können natürlich auch außertherapeutische Beziehungen von den Grundhaltungen getragen sein. In therapeutischen Beziehungen müssen die Grundhaltungen aber in einer gezielteren und kunstvolleren Weise verwirklicht und vermittelt werden. „Therapie wird damit wesensmäßig zur Kunst; psychotherapeutische ‚Technik‘ zum persönlich entwickelten Stilmittel.“ (Frenzel, 1992, 232) Zum Erwerb dieser über eine normale gute Kommunikationsfähigkeit hinausgehenden Kunstfertigkeiten braucht es

passendes Handwerkszeug. Dies muß vor allem in der Therapieausbildung vermittelt werden. Im folgenden möchte ich zu beschreiben versuchen, über welches therapeutische Handwerkszeug bzw. über welche spezifischen therapeutischen Kompetenzen klientenzentrierte Therapeutinnen verfügen sollten. Vor allem geht es hier um die Fähigkeit, die für Psychotherapie nötige Erlebensstiefung zu erreichen, sowie die Fähigkeit, mit allen Formen von Symbolisierungen des inneren Erlebens arbeiten zu können. Weiters sollte die klientenzentrierte Therapeutin es den Klienten ermöglichen können, sich an der eigenen Entfaltung zu orientieren (Ressourcen- vs. Problemorientierung) und mit sich selbst wertschätzend und empathisch umzugehen (d. h. selbst wie „gute Eltern“ zum „inneren Kind“ zu sein statt unerledigte Bedürfnisse nach außen zu agieren).

4.1 Vertiefung des Erlebens, Arbeit mit dem Felt Sense

Die wichtigste Fähigkeit der klientenzentrierten Therapeutin kann wohl darin gesehen werden, imstande zu sein, den therapeutischen Kontakt so zu vertiefen, daß die für persönliche Veränderung nötige Intensität des Erlebens dabei erreicht und gehalten wird. Rogers hat dies so formuliert, daß er zum empathischen Verstehen der Therapeutin auch das Erfassen dessen zählt, was „am Rande des Gewahrseins des Klienten“ ist. Gendlin verlangt die direkte Arbeit mit dem Experiencingprozeß. Dies so, daß dabei „die Grauzone zwischen Bewußtem und Unbewußtem“ selbst gewahrt werden und aus dem dabei Gespürten heraus alle weiteren „Schritte“ entfaltet werden können. Um diese Erlebensstiefe zu erreichen, muß die Therapeutin in angemessener Weise den jeweiligen Felt Sense hinter all dem vom Klienten Ausgedrückten und Gemeinten berühren und gewahrwerden lassen können. Beim Felt Sense handelt es sich um das präkonzeptuelle, körperlich (in der eigenen Körpermitte) spürbare, noch undifferenzierte, aber vieldimensionale Erleben von einer im jeweiligen Augenblick gegebenen, mich betreffenden Angelegenheit. Arbeiten mit dem Felt Sense bedeutet, daß die Therapeutin dem Klienten ermöglicht, die jeweilige Angelegenheit „innerlich zu checken“, und zwar so, daß das dabei wahrnehmbare „felt meaning“ sich in seiner impliziten Komplexität und Lebendigkeit weiter entfalten kann.

Als Beispiel für ein dementsprechendes Vorgehen soll hier das von Wiltschko (1995) beschriebene „Partialisieren“ dargestellt werden: Auf die Klientenäußerung: „Ich weiß jetzt nicht mehr weiter“ wird nicht einfach mit „Sie wissen nicht weiter“ oder „Sie fühlen sich hilflos“ reagiert, sondern mit: „Da ist etwas in Ihnen, das nicht mehr weiter weiß“. Das Partialisieren besteht darin, daß hier ein Unterschied eingeführt wird zwischen einem Etwas, das eine Menge eigener, noch impliziter Bedeutungen in sich trägt, und einem Ich, das dieses Etwas in sich hat und mit diesem in Beziehung treten, d. h. es sich entfalten lassen und ihm folgen (oder auch gerade nicht folgen) kann. Den nächsten Schritt krei-

ert nicht das Ich, sondern das Ich entwickelt ihn aus dem Felt Sense. Es folgt so dem „*carrying – forward*“ – Moment des Felt Sense, statt rational-willentlich oder dumpf-gewohnheitsmäßig vorzugehen.

Das Partialisieren dient im übrigen hier nur als Beispiel, wie der Felt Sense im Klienten berührt werden kann. Es stellt aber keinesweges den einzigen Zugang dazu dar. Alle im folgenden geschilderten Ebenen des Erlebens sind immer auch als Zwischenstufen der Symbolisierung und Explikation von Felt Senses anzusehen und eignen sich daher in analoger Weise für die Arbeit mit dem Felt Sense.

4.2 Arbeit mit allen Ebenen von Symbolisierung inneren Erlebens

Der Schritt vom noch unklar-bedeutungsvollen Felt Sense zum vollen Gewahrsein persönlicher Bedeutung stellt die umfassendste Form von Symbolisierung inneren Erlebens dar. Neben diesem Schritt sind aber auch die Zwischenstufen von Symbolisierung (Bilder, Affekte, Körperausdruck usw.) bzw. andere Möglichkeiten des Gewährwerdens von eigener innerer Erfahrung zu beachten. Horowitz (1986) sieht beispielsweise neben der sprachlichen noch die motorische (Gesten, Mimik, Körperhaltungen) und die bildliche (visuelle, auditive, taktil-kinästhetische und olfaktorisch-gustatorische) Repräsentationsweise, die uns für den Ausdruck von persönlichen Bedeutungen zur Verfügung stehen. Dies bedeutet, daß die klientenzentrierte Therapeutin neben der Fähigkeit, mit dem Felt Sense direkt zu arbeiten, auch im professionellen Umgang mit Imagination, mit non-verbalem Ausdruck, mit dem situationalen Kontext, mit dem Körper, mit Träumen, d. h. mit vielen therapeutisch relevanten menschlichen Ausdrucks- und Erlebensformen kundig sein muß.

4.2.1 Arbeit mit Imagination

Eine Form des Gewährwerdens von eigenem Experiencing bzw. von Felt Senses bietet die Ebene der Imagination, d. h. der symbolischen Bilder und des phantasierten Erlebens. Wie im Alltag kommt es auch in der Therapie zur spontanen Verwendung von Symbolen und Bildern. Zusätzlich gilt hier aber, daß die Ebene der Imagination Zugangsmöglichkeiten zu sonst durch Abwehr verstelltem bzw. überhaupt unerschlossenem eigenen Erleben und dessen kongruentem Gewährwerden bietet. Phantasien und Imaginationen können vieles ermöglichen, was auf der Ebene des jeweiligen realen inneren Erlebens gerade nicht geht – wie etwa die Lösung von starren Erlebensmustern oder das Wahrnehmen von neuen, ungewohnten Impulsen u.v.a.m.

Speziell die Explikation des Felt Sense geschieht oft durch ein besonders sorgsames Kreieren von bildhaften Symbolen. In Gendlins Focusing stellen diese Bildsymbole den „Griff“ („*handle*“) dar, mit dem der Felt Sense leichter „gehandelt“ und die nächsten „Schritte“ entfaltet werden können. Dies verweist im übrigen darauf, daß in der thera-

peutischen Arbeit die imaginierten Bilder direkt aus dem eigenen Erleben entstehen sollen und es sich hier nicht um willentlich „gemachte“ Bilder oder allgemeine Phantasien ohne persönliches Betroffensein handelt.

4.2.2 „Duale Imagination“, Arbeit mit Ich-Teilen

Psychotherapie ist wesentlich Selbstreflexion. Bei jeder Selbstreflexion sind immer zwei Aspekte derselben Person im Spiel: der Betrachtende und der Betrachtete. Darüber hinaus konstatieren wir in unserem Erleben oft genug auch inhaltliche Ambivalenzen und widersprüchliche Impulse. Mit diesen Polaritäten kann oft besser auf einer imaginativen als auf einer realen Ebene gearbeitet werden. Diese spezifische Arbeit mit verschiedenen Anteilen des eigenen Ich wird auch als „*duale Imagination*“ bezeichnet. Widersprüchliche Bedürfnisse und eigene Ambivalenzen können klarer und entscheidbarer werden, wenn sie durch Symbole imaginiert oder als selbstverantwortliche Personen phantasiert und in diesen symbolischen Formen miteinander in direkten Kontakt gebracht werden. Das Ziel ist dabei, die Bedingungen für ihre optimale Kooperation miteinander zu explorieren und auszuhandeln. Um dieses Aushandeln zu erleichtern, kann auch als dritte Figur die „*Gesamtperson*“ als Konfliktmanager der widersprüchlichen Teile eingeführt werden. Dieser Umgang mit intrapsychischen Konflikten kann im übrigen in analoger Weise auch bei zwischenmenschlichen Konflikten verwendet werden.

4.2.3 Arbeit mit Träumen

Eine besonders wichtige Art von authentischer Imagination stellt der Traum dar. In der Entwicklung der klientenzentrierten Therapie wurden Träume zunächst längere Zeit nicht besonders beachtet. Mittlerweile werden sie aber deziert als Botschaften aus den tieferen Schichten der Persönlichkeit (organismische Erfahrung, Aktualisierungstendenz) und damit als Zugang zu den größeren Ressourcen der Person gesehen. Die Botschaft liegt dabei meistens nicht oberflächlich vor, sondern muß erst – ähnlich wie bei einem Kunstwerk – durch empathisches Sich-Einlassen auf den Traum entfaltet werden. In diesem Sinn ist immer der Träumer selbst der kompetenteste Interpret seiner Träume. Der Traum enthält jedoch seine Bedeutung in sich selbst, er wird nicht als Verschlüsselung eines ganz anderen Inhalts (wie etwa im Verständnis Freuds vom latenten Trauminhalt) angesehen. Weiters wird angenommen, daß alle Elemente und Gestalten des Traumes immer etliche Züge und Aspekte der eigenen Persönlichkeit des Träumers darstellen. (Dies entspricht der „*Subjektstufigkeit*“ der Traumelemente bei Jung). Daher können Träume auch bearbeitet werden, indem der Träumer sich in verschiedene Traumgestalten hineinversetzt. Gendlin (1987) hat darauf hingewiesen, daß der Traum tendenziell immer eine „*Wachstumsrichtung*“ und implizit auch die konkreten Schritte dazu aufzeigen sollte. Wenn dies nicht der Fall ist, kann man den Traum aus der Perspektive

von besonders abgelehnten Traumgestalten her bearbeiten oder etwa einen „negativ“ endenden Traum zu einem „optimalen“ Ende weiter phantasieren.

4.2.4 Arbeit mit körperlichem und non-verbalem Ausdruck

Eine wichtige Ausdrucksform für inneres Erleben bietet der gesamte nonverbale Bereich: die körperliche Haltung und Gestik; die Art der Bewegung, der Atmung, des Blicks; der Gesichtsausdruck; die Beschaffenheit der Stimme usw. Der nonverbale Ausdruck fällt besonders auf, wenn er im Widerspruch zur verbalen Aussage steht. So zählt Finke (1994) einen derartigen Widerspruch zu den Anlässen für eine konfrontierende Intervention. Doch darüber hinaus bilden nonverbale Ausdrucksformen generell ganz hervorragende Zugänge zu innerem Erleben, weil sie im Vergleich mit verbalem Ausdruck ganzheitlicher und prozeßhafter sind und mehr und komplexere Implikationen enthalten. Bei der Arbeit mit nonverbalem Ausdruck ist daran zu denken, daß sowohl ein ohnehin gegebener Ausdruck aufgegriffen und exploriert wird, wie auch, daß mit neuen, ungewohnten oder erwünschten Ausdrucks- und Erlebensformen experimentiert wird. Bei der Technik des Sculpting werden bestimmte innere oder auch äußere Situationen haltungsmäßig und gestisch in Form einer „lebenden Skulptur“ dargestellt, um mehr Zugang zu dem darin implizierten inneren Erleben zu bekommen. Diese Technik wurde ursprünglich zur Darstellung von familiären Konstellationen in der Familientherapie entwickelt und vor allem von Papp, Satir und Minuchin popularisiert (cf. Schweitzer & Weber, 1982). Die Arbeit mit nonverbalem Ausdruck ist aber natürlich nicht auf Familienkonstellationen zu beschränken und so wird mit Skulpturen und ähnliche symbolischen Darstellungen in vielen, besonders aber in den humanistischen Therapierichtungen gearbeitet. Bei allen nonverbalen Darstellungen ist es wichtig, daß sie von den dabei erlebbaren Felt Senses her ausgewertet werden. Die nächsten Schritte und der größere Bedeutungszusammenhang sollten sich daraus ergeben.

4.2.5 Arbeit mit kreativen Medien, Spieltherapie

Bei der im Deutschen üblichen Bezeichnung Gesprächs-therapie besteht die Gefahr, daß das Gespräch als das bei dieser Therapieform einzig zugelassene Medium der Kommunikation und Selbstexploration verstanden wird. Dem kann man entgegenhalten, daß etwa das Spielen als Medium der Kindertherapie schon von Anfang an in dieser Therapierichtung fest etabliert ist. Das kindliche Spiel wird dabei als unverzichtbares Medium der Wirklichkeitsgestaltung, -darstellung und -aneignung des Kindes verstanden (cf. Mogel, 1996). Es dient u. a. dazu, Erlebensschemata neu zu kreieren oder zu ergänzen und zu korrigieren, unangenehme Erfahrungen zu verarbeiten und realistische Anpassungsformen an innere und äußere Anforderungen zu finden (cf. Schmidtchen, 1991).

Die Verwendung des Spielens oder aller anderen kreativen Medien ermöglicht eine Intensivierung und Bereicherung des Symbolisierungsprozesses und der Selbstexploration. Atmosphärisches, Szenisches, Aktionales, Ikonisches, Klangliches usw. kann erfasst und „begriffen“ werden und vertieft und erweitert damit das bewußte Verstehen. Weiters bieten kreative Medien mehr Möglichkeiten miteinander zu handeln als das Gespräch allein. Zur therapeutischen Zweierbeziehung kommen quasi als dritter Wirkfaktor die symbolischen Objektivierungen inneren Erlebens (Bilder, Töne, Szenen usw.) dazu. Gerade für eine Therapie, die auf die Arbeit an der Beziehung zu sich selbst besonderen Wert legt, scheint es naheliegend, auch einen ausführlichen Umgang mit vielerlei symbolischen Darstellungen eigenen Erlebens zu pflegen. (Cf. Groddeck, 1990). In diesem Sinn können etwa Bilder für bestimmte Situationen gemalt und betrachtet werden, kann es zu trance-induziertem bzw. geführtem Zeichnen oder Malen kommen, kann Ausdrucksmalerei „mit der unzivilisierten Hand“ gemacht werden oder Therapeutin und Klient können sich auf einen Prozeß des miteinander Zeichnens oder Malens einlassen. Analoges gilt für alle anderen kreativen Medien. Wichtig scheint jedenfalls, daß klientenzentrierte Therapeutinnen und Therapeuten sich nicht auf das Gespräch allein fixieren lassen, sondern entsprechend ihren eigenen Fähigkeiten und Vorlieben ihre Kompetenz im therapeutischen Umgang mit anderen Medien erweitern.

4.3 Zumutung des guten Umgangs mit eigenem Erleben (Selbstverantwortlichkeit)

Der Prozeß der klientenzentrierten Therapie läßt sich beschreiben als ein Vorgang, in welchem der Klient die Beziehung, die ihm die Therapeutin anbietet, allmählich zu sich selbst aufnehmen kann. Er gelangt dabei von einem unbefriedigenden, defizitären oder rigiden Umgang mit seinem eigenen inneren Erleben zu einem selbstverantwortlichen, kongruenten, wertschätzenden und empathischen Umgang damit. (Cf. Biermann-Ratjen, 1995, 32). Bei diesem Umgang mit sich selbst bzw. dem eigenen inneren Erleben können zwei Dimensionen oder Instanzen unterschieden werden. Zum einen ist da das eigene innere Erleben und zum anderen gibt es die Person, die sich zu ihrem Erleben irgendwie verhält. Im therapeutischen Jargon werden diese beiden Dimensionen auch als „inneres Kind“ und als (gute oder kritische o. ä.) „innere Eltern“ bezeichnet. Die Zweierheit dieser Instanzen erlaubt nun eine spezifische Dynamik des Erlebens. Es ist damit grundsätzlich möglich, einen Teil des inneren Erlebens in sich zu behalten, während man den anderen Teil nach außen, etwa an geeignete Partner, delegieren kann. Man kann dadurch ein bestimmtes Erleben, bestimmte Gefühle („inneres Kind“) haben, aber nicht die Verantwortung dafür übernehmen bzw. nicht dazu Stellung nehmen

(„innere gute Eltern“). Umgekehrt kann man zuviel oder zu rigid Stellung beziehen („innere kritische Eltern“), ohne sich das freie Erleben der adäquaten Gefühle zu

erlauben („Kind sein dürfen“). Die dabei möglichen Konstellationen des Erlebens sollen durch einige Beispiele illustriert werden.

Eigenes Erleben	Delegiertes Erleben
Sich traurig, abgelehnt, „arm“ fühlen (Variante dabei: von denen, die einen ablehnen, immer noch trotzig-hartnäckig was erwarten)	Enttäuschung nicht hinnehmen, Trost nicht annehmen („G’schieht mein’ Vater scho’ recht, wenn mir die Finger abg’friern, wenn er mir ka’ Handschuh geb’n hat“)
Eigenes zugunsten der anderen allzu bereitwillig zurückstellen	Unausgesprochene Erwartung, die anderen sollen für mich / meine Grenzen von sich aus sorgen
Keine Gefühle spüren, nur rational sein bzw. nur für die anderen erwachsen / mütterlich sein	Lebendigkeit („freies Kind“) beim Partner zwar erwünscht, aber auch bei Bedarf verachtet
„Blaming“: andere nur kritisieren, sich beschweren	Die anderen sollen mittun, „mitspielen“

Wesentlich ist dabei, daß beim delegierten Erleben die eigentliche Dynamik weitgehend verdeckt bleibt. So geht es bei den ersten beiden Beispielen nicht um wirkliche Trauer, sondern um trotzige Rache, bzw. nicht um echten Altruismus, sondern etwa um vergebliche Sehnsucht. Bei den beiden letzten Beispielen kann der eigentliche Schwerpunkt darin gesehen werden, daß hier die Möglichkeit (bzw. das Recht oder die Erlaubnis), „ein Kind sein zu können“ gelehrt werden. Wie alle anderen Kommunikationspartner sind auch Therapeutinnen hier grundsätzlich in der Gefahr, der mit dieser Dynamik verbundenen emotionalen Verstrickung anheimzufallen und am jeweiligen Erleben des Klienten schuldig zu werden bzw. dessen Stagnation nicht beheben zu können.

Therapeutinnen benötigen daher die Fähigkeit, die Delegation des Erlebens als solche wahrzunehmen, die darin verdeckte Dynamik aufzuspüren und dem Klienten die volle Selbstverantwortlichkeit darüber zugänglich zu machen. Eine Voraussetzung für die Übernahme der ganzen Verantwortung („gute innere Eltern sein“) für derartiges eigenes Erleben („inneres Kind“) stellt dabei die genügende Konfrontation und Exploration der Bedeutung (bzw. der „Power“) der verdeckten Rache bzw. vergeblichen Sehnsucht bzw. Leugnung der Möglichkeit des „freien Kindes“ dar.

4.4 Ressourcenorientierung

Die von Rogers geforderte therapeutische Philosophie bzw. Seinsweise schließt eine tiefe Überzeugung davon ein, daß jede Person unendliche Ressourcen besitzt, sich selbst zu verstehen und weiterzuentwickeln. Klientenzentrierte Therapie ist grundlegend ressourcenorientiert. Konkret kommt diese Überzeugung darin zum Ausdruck, daß die Therapeutin dem Klienten die eigene Selbstentfaltung (Aktualisierungstendenz) *zumutet* und an der gesamten Per-

son bzw. an den Entwicklungszielen statt an den Problemen orientiert ist.

4.4.1 Zumutung der Aktualisierungstendenz

Empirische Untersuchungen belegen, daß die Überzeugtheit der Therapeutin von ihrer jeweiligen Therapiemethode und deren Hintergrundphilosophie wahrscheinlich einen wichtigen Wirkfaktor für die Effektivität der Therapie darstellt (Eckert & Biermann-Ratjen, 1990). Für die klientenzentrierte Therapeutin schließt dies die persönliche Überzeugung von der grundlegend konstruktiven Aktualisierungstendenz mit ein. Die konstruktive Entwicklung wird aber immer nur unter den dafür notwendigen zwischenmenschlichen Bedingungen realisiert. Die Therapeutin kann also nicht einfach passiv darauf warten, daß sich der Klient positiv verändert. Sie muß vielmehr aktiv in der gesamten Art ihrer Beziehungsgestaltung die Aktualisierungstendenz dem Klienten zumuten. Allein schon das deutliche Vertrauen in die Möglichkeiten des Klienten stellt dabei einen Heilfaktor dar. Darüberhinaus liegt die Zumutung der Aktualisierungstendenz im konsequenten Bezug auf den inneren Bezugsrahmen des Klienten. Dies bedeutet ja, daß alle Bedeutungssetzungen und Sinnstrukturen aus dem Erleben des Klienten expliziert und nicht von außen hineingetragen werden.

4.4.2 Person- vs. Problemzentrierung

In der klientenzentrierten Therapie geht es nicht bloß um Heilung, sondern um Persönlichkeitsentwicklung. Der Ansatz von Rogers ist hier radikaler als andere tiefenpsychologische Ansätze, weil „er nicht nur auf die Heilung der Person, sondern auf die Person als solche zielt.“ (Schmid, 1994, 172). Dementsprechend ist das therapeutische Vorgehen grundsätzlich auf die gesamte Person, nicht auf ihre Probleme oder Inkongruenzen und deren Beseitigung als solche

zentriert. Wenn mit dem Hier-und-Jetzt-Erleben gearbeitet wird, so dient dies wesentlich dazu, sich seines So-geworden-Seins, also seiner „inneren“ Lebensgeschichte inne zu werden und sich darüber Rechenschaft abzulegen. Konfrontative Interventionen sollten daher nicht nur so verstanden werden, daß sie sich nur auf Widersprüche im Erleben des Klienten beziehen, sondern als ganzheitliche Konfrontation des Klienten mit seinem So-Sein. Es geht dabei darum, daß das eigene So-Sein nicht nur gewahrt wird, sondern daß man dazu auch Stellung nimmt.

4.4.3 Ziel- vs. Problemformulierung

Psychotherapie ist grundsätzlich ein zielorientiertes Unternehmen. Das Verständnis der Therapie als Vertragsbündnis erfordert zudem die Ausformulierung der konkreten individuellen Zielsetzungen. Dies ist nicht nur als einmaliger Akt im Rahmen des Erstgesprächs zu verstehen, sondern als kontinuierliche Auseinandersetzung im gesamten Therapieprozeß. Die Personzentrierung erfordert nun, dabei darauf zu achten, daß man sich nicht auf die Analyse der Probleme fixiert, sondern die Weiterentwicklung im Auge behält. Dies hat eine generelle Tendenz des Reframing etwa vom Defizit zum Potential zur Folge. Es gehört daher zum therapeutischen Handwerkszeug, ein ungenügendes Gewährsein im Erleben des Klienten deutlich zu machen, etwa ein konkretes Können in einem generellen Gefühl des Unvermögens oder die verborgene Power in einem negativen Erleben u.a.m. Die Inkongruenzen werden dadurch nicht nur als psychische Fehlanpassung, sondern als kreative Überlebensstrategien in einer (allerdings oft schon historisch überholten) psychischen Notsituation und in diesem Sinn als eine Notwendigkeit verstanden.

5. Zusammenfassende These

Es ist wesentlich für die klientenzentrierte Therapie, daß sie in radikaler Weise eine personale therapeutische Beziehung fordert. Die Therapeutin, der Therapeut sollen vor allem in einer bestimmten Seinsweise bzw. in bestimmten Grundhaltungen verankert sein und sich als reale Personen auf die Beziehung zum Klienten einlassen können. Zugleich ist Psychotherapie per definitionem eine strukturierte und zielorientierte Situation. Dies erfordert therapeutische Kompetenz und methodisches Vorgehen. In diesem Sinn verfügt auch die klientenzentrierte Therapie über Methoden und Techniken. Hilfreich für das Verständnis des Zusammenspiels von personaler Beziehung mit Methoden und Techniken ist das anfangs dargestellte Konzept von den unterschiedlichen Abstraktionsebenen von Therapietheorie und therapeutischer Methodik. Klientenzentrierte Methoden und Techniken müssen sich zwar aus der Theorie herleiten lassen, sind aber nicht eindeutig von ihr allein her zu bestimmen. Über ihre Ausformung sowie über ihre Stimmigkeit entscheidet

der gesamte konkrete therapeutische Kontext. Der Umgang damit erfordert fachliche Kunstfertigkeit. Diese ist in der Therapieausbildung zu vermitteln. Dafür stellt die klientenzentrierte Therapie eine Methodik, nämlich eine Grundorientierung des therapeutischen Vorgehens in den Varianten der verschiedenen Strömungen in dieser Richtung, einzelne typische Methoden, sowie grundlegendes therapeutisches Handwerkszeug zur Verfügung. Mit Hilfe dieses Werkzeugs kann sich die individuelle Kunstfertigkeit entwickeln, die von klientenzentrierten Therapeutinnen in besonderer Weise gefordert wird. So formuliert etwa Frenzel (1992, 207): „Eine „Technik“ Personzentrierter Psychotherapie kann nur in der Fähigkeit der Therapeuten bestehen, adäquat und kunstfertig mit den spezifischen Eigenarten der je eigenen Person, der Person des Klienten oder der Klientin und der spezifischen gegenwärtigen (Beziehungs-) Situation sowie den jeweiligen Kontextbedingungen so umzugehen, daß bedeutungstiftend-empathisches und bedingungsfrei-wertschätzendes Verstehen sowie kongruente Subjekt-Subjekt-Begegnung spontan möglich und von beiden auch erfahren werden können.“

Literatur:

- Anmerkung: Die Arbeiten von C. R. Rogers werden in diesem Artikel entsprechend den Regeln der Bibliographie von P. F. Schmid zitiert (Jahr der amerik. Erstausgabe, Seitenzahlen der dt. Ausgaben)
- Biermann-Ratjen, E.-M. et al. (1987, 7. Aufl. 1995). Gesprächspsychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer
- Binder, U. (1994). Empathieentwicklung und Pathogenese in der klientenzentrierten Psychotherapie. Eschborn b. Frankfurt: D. Klotz
- Bozarth, J. (1996). Client-Centered Therapy and Techniques. In: Hutterer, R. et al. (Eds): Client Centered and Experiential Psychotherapy. A Paradigm in Motion. Frankfurt/M.: Lang
- Brodley, B. (1990). Client-centered and experiential: Two different therapies. In: Lietaer, G. et al. (Eds): Client-Centered and experiential therapy in the nineties. Leuven: Leuven University Press
- Brodley, B. & Brody (1996). Can one use Techniques and still be Client-centered? In: Hutterer, R. et al. (Eds): Client-Centered and Experiential Psychotherapy. A Paradigm in Motion. Frankfurt/M.: Lang
- Eckert, J. (1985). Reicht das klientenzentrierte Konzept in seiner Allgemeinheit aus. Oder brauchen wir auch störungsspezifische Ansätze? In: GwG-info 59, 115-122
- Eckert, J. & Biermann-Ratjen, E.-M. (1990). Ein heimlicher Wirkfaktor: die „Theorie“ des Psychotherapeuten. In: Tschuschke, V. & Czogalik, D. (Hg.): Was wirkt in der Psychotherapie? Berlin: Springer
- Finke, J. (1994). Empathie und Interaktion. Stuttgart: Thieme
- Frenzel, P (1992). Die Technik: Das Rad neu erfinden. In: Frenzel, P. et al. (Hg.): Handbuch der Personzentrierten Psychotherapie. Köln: Ed. Hum. Psych.
- Gendlin, E. T. (1981). Focusing. Salzburg: Otto Müller
- Gendlin, E. T. (1993). Focusing ist eine kleine Tür ... Focusing-Bibl. Bd. 4. Würzburg: DAF

- Gendlin, E. T. (1996). *Focusing-oriented Psychotherapy*. New York: Guilford
- Gordon, Th. (1970). *Familienkonferenz*. Hamburg: Hoffmann & Campe
- Greenberg, L. S. et al. (1993). *Facilitating Emotional Change*. New York: The Guilford Press
- Groddeck, N. (1990). *Essentials für eine klientenzentrierte Kunsttherapie*. In: *GwG-Zeitschrift* 76, 277-297
- Höger, D. (1989). *Klientenzentrierte Psychotherapie – ein Breitbandkonzept mit Zukunft*. In: Sachse, R. & Howe, J. (Hg.): *Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie*. Heidelberg: Asanger
- Horowitz, M. J. (1986). *Die Kontrolle der visuellen Vorstellungskraft und therapeutische Intervention*. In: Singer, J. L. & Pope, K. S. (Ed.): *Imaginative Verfahren in der Psychotherapie*. Paderborn: Junfermann
- Keil, W. W. (1997). *Hermeneutische Empathie in der klientenzentrierten Psychotherapie*. In: *Person* 1, 5-13
- Mogel, H. (1996). *Spiel – ein fundamentales Lebenssystem des Kindes*. In: Boeck-Singelmann, C. et al. (Hg): *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Bd. 1 Göttingen: Hogrefe
- Rogers, C. R. (1951a/1973). *Die klient-bezogene Gesprächstherapie*. München: Kindler
- Rogers, C. R. (1957a/1991). *Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie*. In: Rogers, C. R. & Schmid, P. F.: *Person-zentriert*. Mainz: Grünewald
- Rogers, C. R. (1980a/1981). *Der neue Mensch*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Rogers, C. R. (1980b/1991). *Klientenzentrierte Psychotherapie*. In: Rogers, C. R. & Schmid, P. F.: *Person-zentriert*. Mainz: Grünewald
- Rogers, C. R. (1986h/1991). *Ein klientenzentrierter bzw. personenzentrierter Ansatz in der Psychotherapie*. In: Rogers, C. R. & Schmid, P. F.: *Person-zentriert*. Mainz: Grünewald
- Sachse, R. (1992): *Zielorientierte Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe
- Sachse, R. & Maus, C. (1991). *Zielorientiertes Handeln in der Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer
- Schmid, P. F. (1994). *Personenzentrierte Gruppenpsychotherapie. Ein Handbuch*. Bd. I. *Solidarität und Autonomie*. Köln: Ed. Humanist. Psych.
- Schmidtchen, St. (1991). *Klientenzentrierte Spiel- und Familientherapie*. Weinheim: PVU
- Schweitzer, J. & Weber, G. (1982). *Beziehung als Metapher: Die Familienskulptur als diagnostische, therapeutische und Ausbildungstechnik*. In: *Familiendynamik* 2, 113-128
- Tausch, R. (1973, 5. Aufl.). *Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe
- Tscheulin, D. (Hg.) (1983). *Beziehung und Technik in der klientenzentrierten Therapie*. Weinheim: Beltz
- Tscheulin, D. (1992). *Wirkfaktoren psychotherapeutischer Intervention*. Göttingen: Hogrefe
- Wiltschko, J. (1995). *Focusing-Therapie. Einige Splitter, in denen das Ganze sichtbar werden kann*. In: *GwG-Zeitschrift* 98, 17-28